



Perusterveydenhuollon asiakkaiden hoitoepisodit ja niiden kustannukset tulevien maakuntien alueilla – tuotteistuksen pilotointi

Päälöydökset

- Perusterveydenhuollon asiakaskirjo vaihtelee maakunnissa.
- Maakunnat käyttävät resursseja eri tavoin ja jakavat työt ammattiryhmien kesken eri tavalla.
- Kirjaamisaktiiviteetti vaihtelee ammattiryhmittäin, maakunnittain ja käyntityypeittäin/yhteystavoittain.

TAUSTA

Asiakaslähtöisyys ja kustannusten hillintä ovat keskeisiä strategisia tavoitteita sosiaali- ja terveydenhuollossa. Asiakaskirjon tuntemus on tulevien maakuntien kehittämisen ja toiminnanohjauksen perusta, jota ilman palvelutarpeiden arviointi ja kustannustehokkaan toiminnan suunnittelu ontuvat. Maakunnat eroavat toisistaan sekä sosiodemografisesti että sairastavuudeltaan. Myös toiminnan järjestämisen tapa vaihtelee. Samaa työtä voidaan tehdä omana toimintana tai ostopalveluina, ja omassakin toiminnassa työ on voitu jakaa eritavoin eri ammattiryhmien kesken.

Myös saman asian hoitoon käytettävät suoraan kohdistettavat resurssit, kuten eri ammattilaisten työmäärä (henkilötyövuodet, htv) tai laboratorio- ja kuvantamiskustannukset, voivat vaihdella. Epäsuorat, kaikesta toiminnasta aiheutuvat ja kaikille palveluille kohdistettavat muut vyörytettävät kustannukset, kuten hallinnon kulut, ICT-kustannukset, vuokrat, kiinteistöjen hoitoon liittyvät kustannukset, lääkkeet ja kuljetuskustannukset sekä investoinnit, tulee lisätä hoidon kustannuksiin. Koska tavat järjestää vaihtelevat, tilikartatkin ovat olleet hyvin erilaisia. Tarvitaan vähintään yhteinen JHS:n mukainen tilikartta, jolla maakuntien tapa kirjata kustannukset voidaan harmonisoida. Se helpottaa maakuntien tasapuolista arviointia.

Talouden ja toiminnan arvioiminen toisistaan erillään voi johtaa virheellisiin tulkintoihin ja epäsuotuisaan osaoptimointiin. Siksi on perusteltua arvioida alueen palvelutarvetta tuotannon asiakaslähtöisen toteuman kautta. Ei riitä, että tiedämme, kuinka monta euroa on kulunut esimerkiksi 1 000 lapsen neuvolapalveluihin, vaan pitää tietää, mitä ja minkälaista asiakaskirjoa tällä rahalla on hoidettu. Maakuntakohtaista tietoa onkin järkevää tarkastella potilaskohtaisten hoitokokonaisuuksien (episodien) ja asiakasryhmien kirjon (casemixin) kautta.

Asiakaslähtöisen ja tarveperusteisen rahoituksen tuottamiseksi tarvitaan tiedolla johtamisen työkaluja. Tässä pilottitutkimuksessa asiakaskirjoon sidottiin asiakkaan palvelujen käytöstä aiheutuneet kustannukset yksilötasolla. Tuotteistus kuvaa asiakkaiden saamat palvelut ja hoidetut terveysongelmat hallittavissa olevina, kliinisesti ja kustannuksiltaan samankaltaisina mielekkäinä hoidon kokonaisuuksina. Tulokset kuvaavat Suomen perusterveydenhuollon asiakaskirjon ja resurssikäytön tulevien maakuntien alueilla.

Kirjoittajat:

Eeva Ketola
Projektijohtaja, THL

Sara Wickström
Projektipäällikkö, THL

Santeri Huvinen
Asiantuntija, FCG

Virpi Pitkänen,
Erityisasiantuntija, FCG

Timo T. Seppälä
Tutkimuspäällikkö, THL

Termit

- **Tuotteistus** kuvaa asiakkaiden saamat palvelut ja hoidetut terveysongelmat hallittavissa olevina, kliinisesti ja kustannuksiltaan samankaltaisina mielekkäinä hoidon kokonaisuuksina.
- **Casemix** kuvaa potilas- ja asiakasryhmien kirjoja ja alueen potilasrakennetta.
- **Episodiryhmittelijä** on järjestelmä, joka luokittelee etukäteen sovittujen sääntöjen mukaan diagnoosit ja käyntisytyt riittävän yhtenäisiksi kokonaisuuksiksi.
- **Episodilla** tarkoitetaan yhden potilaan yhtä terveysongelmaa tai kliinisesti yhteen liittyvien sairauksien hoidon kokonaisuutta, johon yhdistetään kaikki siihen liittyvät hoito- tai palvelutapahtumat tarkasteluvuodelta.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Perusterveydenhuollon potilasryhmittelijää sovellettiin vuosien 2015–2016 koko maan Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitus -rekisterin (Avo-hilmo) aineiston potilaskohtaiseen tietoon. Yksittäiset henkilötiedot eivät kuitenkaan ole olleet tunnistettavissa missään vaiheessa tätä pilottitutkimusta.

Aineisto sisälsi kaikki ammattiryhmät ja kävijäryhmät (yksilökäynti, ryhmäkäynti, ryhmävastaanotto) sekä yhteystavat (käynnit vastaanotolla, sairaalakäynnit, kotikäynnit, työpaikkakäynnit, puhelut, sähköiset asioinnit, kirjeet, asiakirjamerkinnät, konsultaatiot ja muut mahdolliset käyntityypit).

Aineisto ryhmiteltiin ensin perusterveydenhuollon avohoidon episodiryhmittelijällä ja näin aineistoon muodostettiin terveysongelmakohtaiset episodit.

Episodi voi olla esimerkiksi akuuteissa tilanteissa yksi vastaanottokäynti hoitajalla tai lääkärillä. Siihen saattaa liittyä laboratorio- tai kuvantamistutkimuksia. Pitkäaikaissairauksissa kaikki kalenterivuoden aikana kyseiseen terveysongelmaan tapahtuneet kontaktit muodostavat yhden episodin.

Ryhmitelty data yhdistettiin kunnan koon mukaan joko pienen (Sipoo), keskisuuren (Lahti) tai suuren (Vantaa) kunnan kustannustietoihin vuodelta 2016 (ns. vinjettikunnat). Näin saatiin käynti- ja terveysongelmakohtaiset laskennalliset kustannukset koko maan jokaiselle kunnalle. Laskennalliset kustannukset määriteltiin, koska maakuntakohtaista kustannustietoa ei vielä kerry koko maasta.

Ryhmitellyn aineiston avulla kuvattiin maakuntien perusterveydenhuollon hoitotuotanto ja asiakaskunta. Maakuntia vertailtiin mm. terveysongelmien, näiden kokonaiskustannusten, ammattiryhmien työnjaon ja eri palvelumuotojen terveysongelmakohtaisen hoitotuotannon suhteen.

TULOKSET

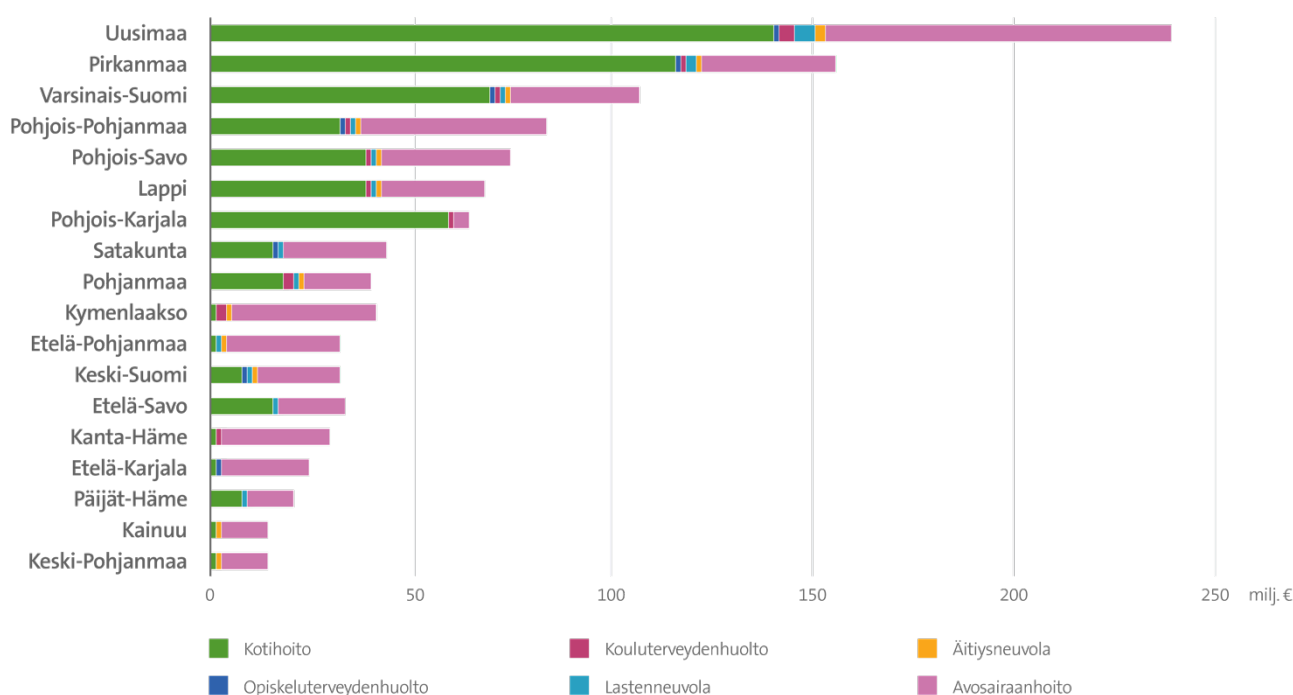
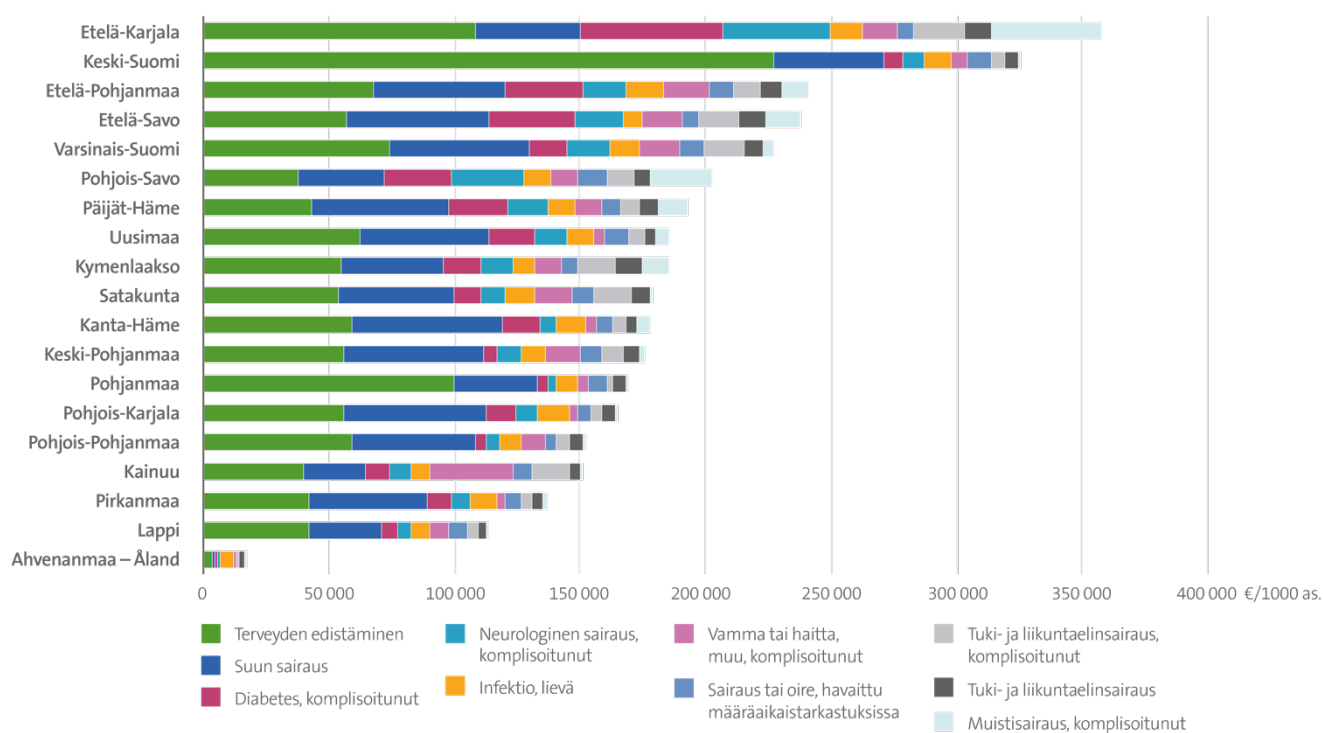
Koko Suomen perusterveydenhuollon avohoidon palvelutuotanto on kuvattu tuotteistettuna nyt ensimmäistä kertaa. Edellytyksenä on ollut kaikkien Avohilmoon kirjattujen käyntisyiden ja diagnoosien selvittäminen ja niihin liittyvien resurssien käyttö.

Kirjaaminen vaatii lisäpanostusta

Keskeinen tulos on se, että kirjaukset kattavat keskimäärin 62 % kaikista mahdollisista käyntityypeistä. Kirjauksista 38 % oli virheellisiä tai puutteellisia.

Käyntityypeistä vain fyysiset vastaanottokäynnit oli kirjattu kohtuullisesti (keskimäärin 75 %). Sen sijaan esimerkiksi sähköisen asioinnin, konsultaatioiden ja puheluiden kirjaaminen oli puutteellista. Ammattiryhmistä aktiivisimmin kirjasi terveydenhoitajat ja eniten puutteita oli lääkäreiden kirjaamisessa.

Kirjaamatta jääneiden käyntien kustannukset ovat merkittäviä. Kun kirjaamattomia episodeja tarkasteltiin maakunnittain, niiden kokonaiskustannukset ylittivät miljardi euroa (kuviot 1).

Kuvio 1. Kirjaamattomien episodien kustannukset maakunnittain, 2016.**Kuvio 2.** Kymmenen kalleimman terveysongelman kustannukset maakunnittain 1 000 asukasta kohden.

Näin tutkimus tehtiin

Koko maan Avohilmo-
rekisterin aineisto vuosilta
2015–2016 luokiteltiin
perusterveydenhuollon
potilasryhmittäjä.
Aineistoon liitettiin kustan-
nuspainot tarkasteltavan
alueen koon mukaan ns.
vinjettialueilta, joilta kus-
tannusrakenne oli tiedossa.
Maakuntia vertailtiin kir-
jaamisaktiivisuuden, tuo-
tannon ja kustannusten
suhteen.

Terveysongelmat

Koko maan kymmenen yleisintä terveysongelmaa ja niiden kustannukset 1 000 asukasta kohden ilman kirjaamattomia käyntejä on esitetty kuviossa 2. Perusterveydenhuollossa terveysongelmat ovat lähes samanlaisia kustannuksiltaan lukuun ottamatta terveyden edistämistä ja suun sairauksia. Niistä koituvat kustannukset olivat kolminkertaisia muihin verrattuna. Tulos havainnollistaa selvästi perusterveydenhuollon terveyttä edistävää roolia palvelujärjestelmän kokonaisuudessa. Terveyden edistämisen kalleimmat kustannukset syntyvät tuotteesta 'normaali raskaus' (kuvio 2, sivulla 3).

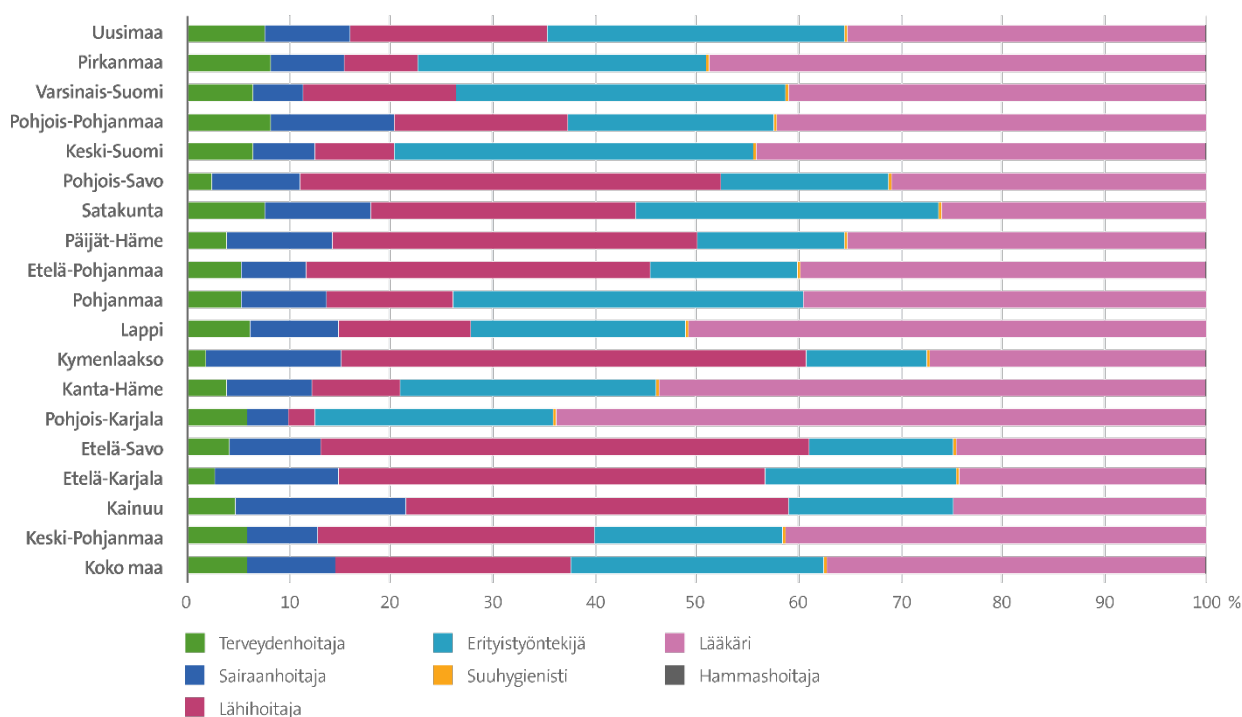
Työnjako

Ammattiryhmäkohtaiset työnjaot ovat kustannusrakenteeseen oleellisesti vaikuttava tekijä. Pilottitutkimuksessa havaittiin maakunnissa perusterveydenhuollon työnjaossa huomattavia alueellisia eroja. Tässä esimerkkinä on tuki- ja liikuntaelimestön vaivoihin liittyvät ammattiryhmäkohtaiset työnajat ja kustannukset perusterveydenhuollossa 1 000 asukasta kohden (kuvio 3A ja B).

Työnjakojen vaikutukset ovat suuria kustannusten muodostumiseen. Tulokset kertovat myös erilaisista toimintatavoista ja henkilöstön saatavuudesta.

Kuvio 3A.

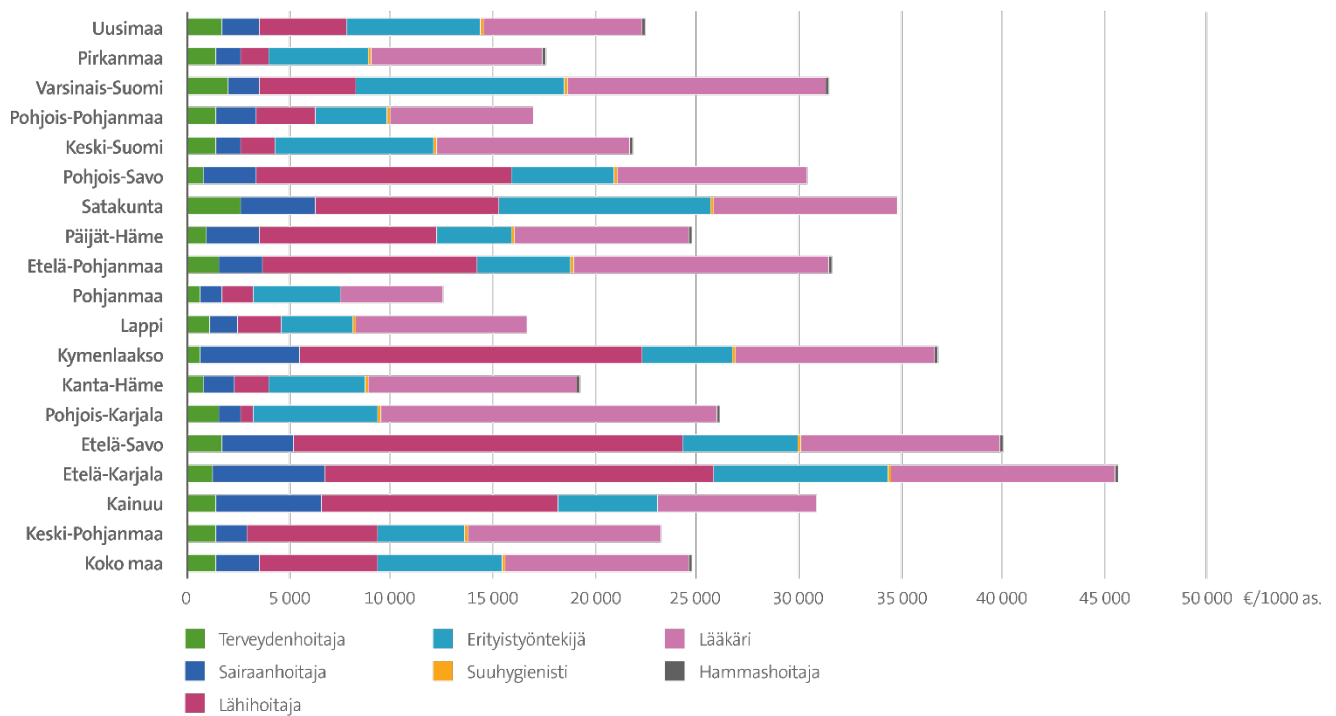
Tuki- ja liikuntaelimestön vaivoihin liittyvän hoidon työnjako ammattiryhmittäin maakunnissa.



Sisältää terveysongelmat: 'Tuki- ja liikuntaelinsairaus', 'Tuki- ja liikuntaelinsairaus, komplisoitunut', 'Nivelrikko', 'Nivelrikko, komplisoitunut', 'Niska- ja selkäongelmat', 'Niska- ja selkäongelmat, komplisoitunut', 'Reuma- ja sidekudossairaus', 'Reuma- ja sidekudossairaus, komplisoitunut' (2016)

Kuvio 3B.

Tuki- ja liikuntaelimestön vaivoihin liittyvät hoidon kustannukset perusterveydenhuollossa 1 000 asukasta kohden.



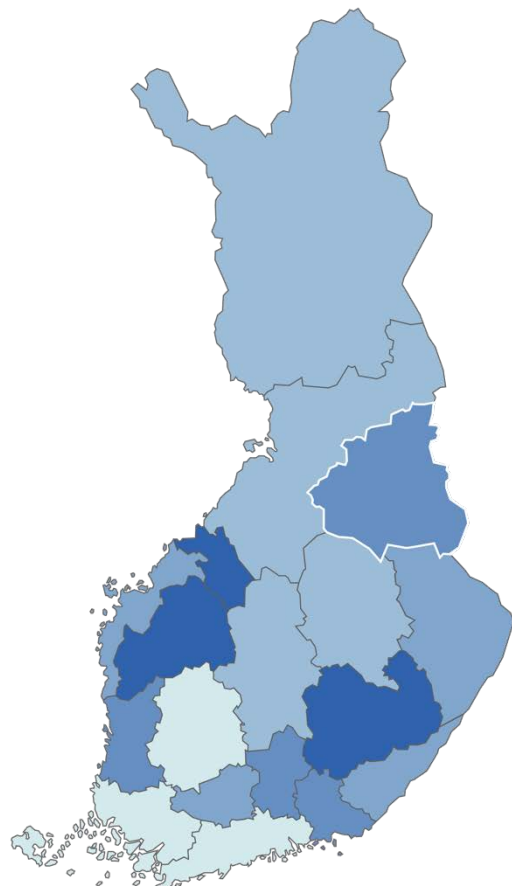
Sisältää terveysongelmat: 'Tuki- ja liikuntaelinsairaus', 'Tuki- ja liikuntaelinsairaus, komplisoitunut', 'Nivelrikko', 'Nivelrikko, komplisoitunut', 'Niska- ja selkäongelmat', 'Niska- ja selkäongelmat, komplisoitunut', 'Reuma- ja sidekudossairaus', 'Reuma- ja sidekudossairaus, komplisoitunut' (2016)

Kuvio 4.

Huoltosuhte maakunnissa.

Kainuu: 69,1
Koko maa: 60,1

-61,6
61,6–64,2
64,2–66,4
66,4–69,1
69,1–
Ei arvoa



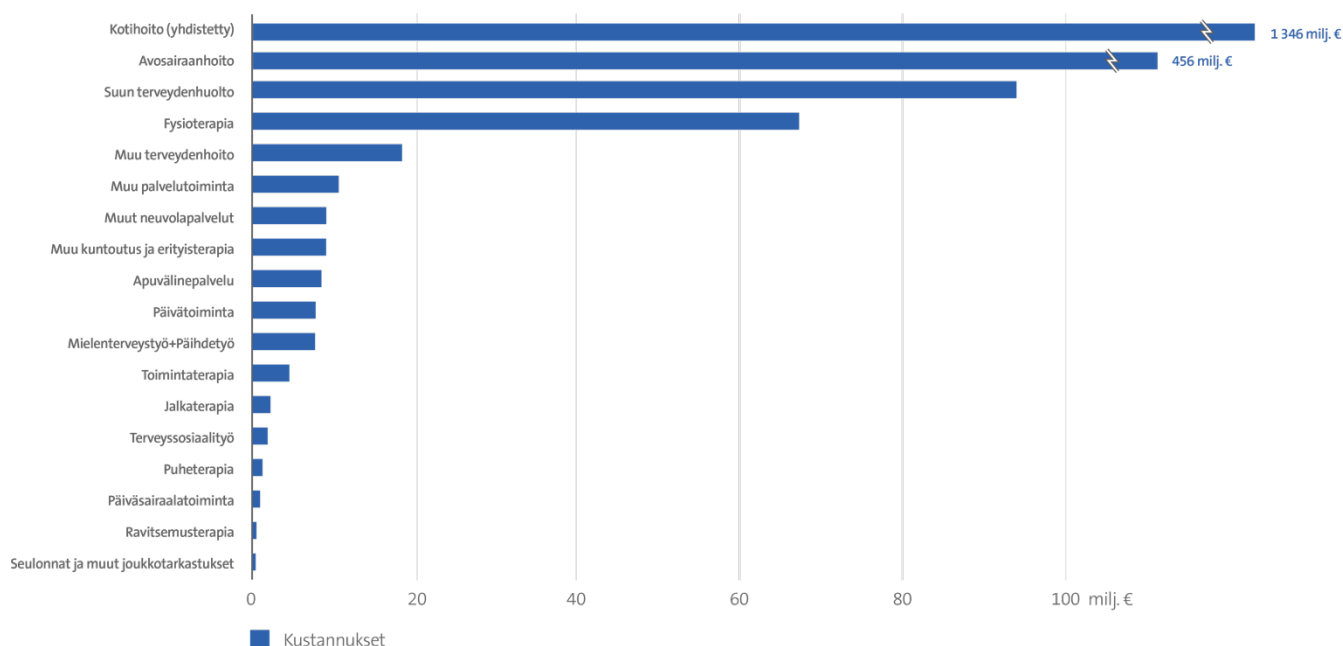
Ikääntyvien palvelujen käyttö

Huoltosuhde vaihtelee Suomessa alueittain ja ikääntyvien palvelujen käyttö on suurinta nimenomaan selvästi huoltosuhteeltaan suurissa maakunnissa, kuten Kainuussa (kuvio 4, sivulla 5).

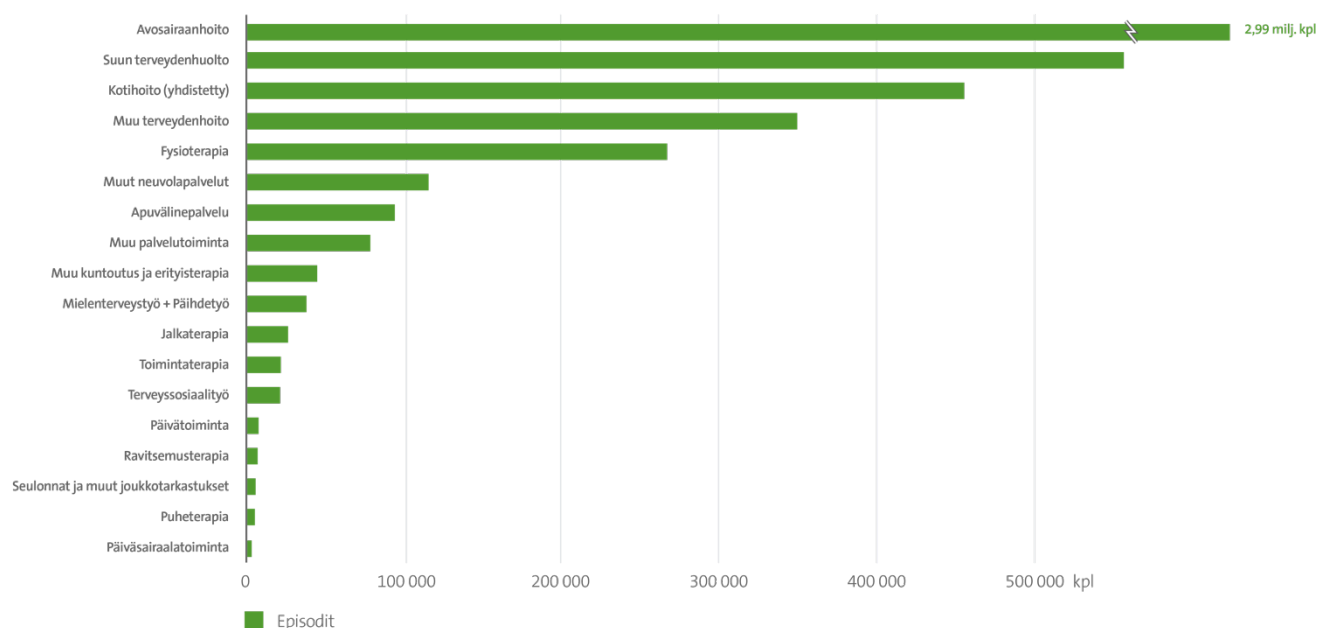
Kun ikääntyvien palveluja suunnitellaan, tulee ottaa huomioon palvelujen käytön volyymit, niiden kustannukset ja jakautuminen eri palvelumuotoihin (kuviot 5 ja 6).

Kuviossa 5 esitetään yli 65-vuotiaiden palvelukäyttöä koko maassa.

Kuvio 5. Yli 65-vuotiaiden palvelukäytön kustannukset.



Kuvio 6. Yli 65-vuotiaiden käyttämät palvelumuodot perusterveydenhuollossa episodeittain.



Ikääntyvät käyttävät hyvin erilaisia palveluja, ne hajautuvat perusterveydenhuollossa lukuisiin eri palvelumuotoihin avosairaanhoidosta, suun terveydestä ja kotihoidosta aina puheterapiaan (kuvio 6).

Kustannukset ja volyymit voivat poiketa toisistaan. Esimerkiksi kotihoito on kalleinta mutta episodien määrässä (volyymit) se on vasta kolmanneksi suurin.

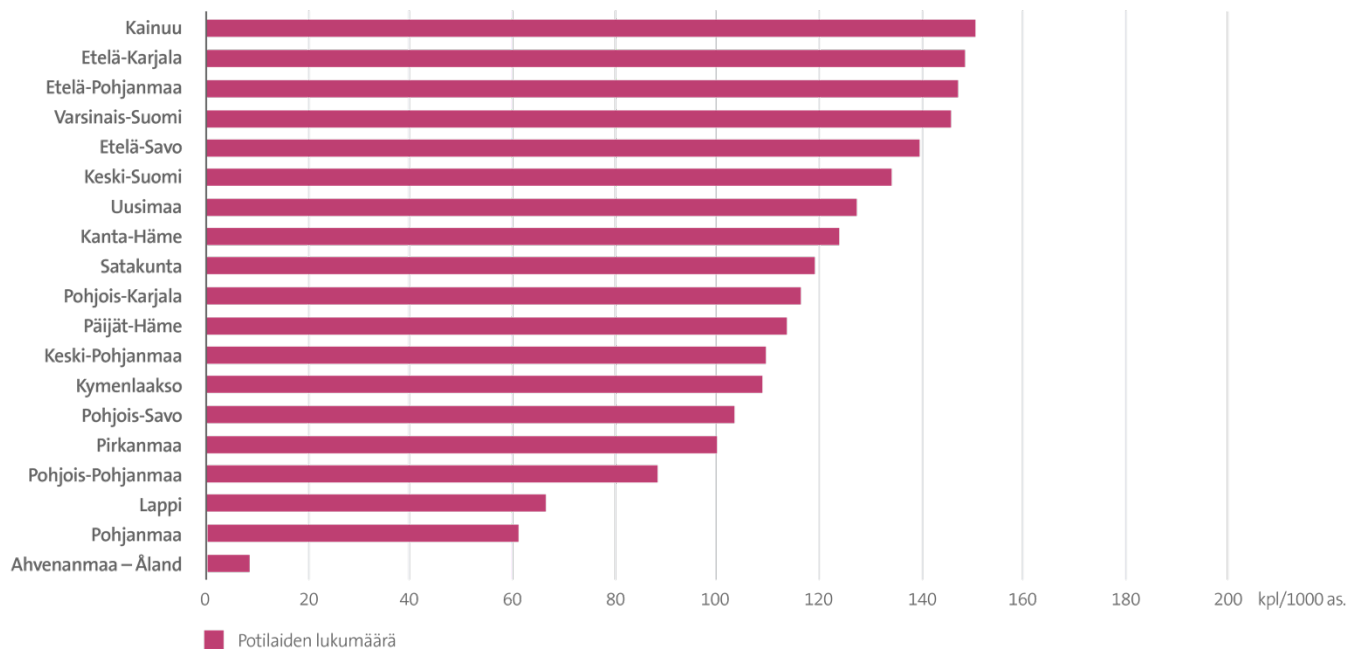
Terveysongelmakohtainen resurssikäyttö

Kaikkiaan pilottitutkimuksessa havaittu terveysongelmien määrä noudattaa hyvin satunnaisjakauman mukaista ongelmien esiintymistä. Puolella koko potilasmäärästä oli kirjattu ainoastaan yksi tai kaksi terveysongelmaa vuonna 2016. Yhdestä neljään terveysongelmaan oli 86 prosentilla potilaista. Lopulla potilasmäärästä oli terveysongelmia viisi tai enemmän.

Absoluuttisesti tarkasteltuna Uudellamaalla on yli kolminkertainen määrä episodeja verrattuna muihin maakuntiin, mikä paljastaa Uudenmaan väestön kokoluokan erityislaatuisuuden. Kun episodeja verrataan 1 000 asukasta kohden, määrä tasoittuu. Maakuntien välisessä vertailussa näiden potilaiden lukumäärien vaihteli 61:stä 151:een 1 000 asukasta kohden (kuvio 7).

Kuvio 7.

Perusterveydenhuollon potilaiden lukumäärä / 1 000 maakunnan asukasta, kun terveysongelmia oli viisi tai enemmän, 2016.



KIRJALLISUUTTA

Klemola L, Ketola E, Virtanen M, Vohlonen I. Diagnoosien kirjaamisessa puutteita perusterveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 2010;65: 1631–5.

Mikkola H-M, Keskimäki I, Häkkinen U. Tietoa DRG:stä: kansainvälisistä kokemuksista suomalaisiin sovelluksiin. Stakes, Aiheita 39/1998; 27.

Seppälä TT, Linna M, Elonheimo O. Terveyskeskuksen tuottavuuden mittaamisen edellytykset – Havaintoja pilottihankkeesta. VATT Valmisteluraportit 22; 2014.

Peltokorpi A, Linna M, Malmström T, Torkki P, Lillrank PM. Five focus strategies to organize health care delivery. International Journal of Health Care Qual Assur. 2016;29(2): 177–91.

Rauhala A, Linna M. Diagnoosien kirjaaminen erikoissairaanhoidossa – Kuvaavatko tilastot hoito- vai kirjaamiskäytäntöjä? Suomen Lääkärilehti 2007; 62; 2785–90.

Riihimäki K, Heiska-Johansson A, Ketola E. Case-mix tool, costs and effectiveness in improving primary care mental health and substance abuse services. Nordic Journal of Psychiatry. 2018 Feb; 72(2):109–11.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
PI 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki
Puhelin: 029 524 6000

ISBN 978-952-343-147-8
ISSN 2323-5179

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-147-8>

www.thl.fi/sote-tietopohja

JOHTOPÄÄTÖKSET

Palvelutuotantoa voidaan tarkastella luotettavasti vain silloin, kun tuotteet ovat yhteismitallisia. Taloustiedon yhdistäminen tuotantotietoon on ainoa keino selvittää toiminnan suunta ja pitää se toivotulla tasolla. Tuotteistus antaa mahdollisuuden sekä klinisen työn että talousohjauksen seurannalle ja asiakaslähtöiselle palveluiden kehittämiseksi.

On tärkeää tietää a) henkilökunnan näkökulmasta ketä hoidan b) mihin niukkevat resurssit ohjataan c) mitä palvelutuotanto maksaa d) mitä kannattaa ulkoistaa ja kilpailuttaa e) miten tietoa voidaan hyödyntää esimerkiksi ikääntyneiden henkilökohtaisen budjetin rakentamisessa f) miten Kela voi käyttää tietoa suoran valinnan korvauskäytännöissä g) miten palveluja voidaan kehittää asiakassegmenteittäin tai h) miten kustannukset allokoitetaan työnjaon perusteella.

Palvelujen kehittämistä ei kuitenkaan tapahdu, jos tietoa ei saada kerättyä luotettavasti ja kattavasti kaikilta terveydenhuollon potilas- ja asiakasvas- taanottoa pitäviltä. Perusedellytyksenä on käyntisyyn kirjaaminen ja se, että kirjausten kattavuutta seurataan ja henkilöstöä koulutetaan asiassa säännöllisesti. Potilas- ja asiakastietojärjestelmät ovat ratkaisevassa osassa, kun halutaan parantaa kirjauskulttuuria. Kirjaaminen ei parane, jos kirjaaminen on tehty hankalaksi ja palaute ei näy tai se ei ole johtamisen väline. Saamamme kirjaamistulos ei siis yllätä, mutta antaa selvän suunnan sille, että kirjaamisen tulee olla kattavampaa ja helpompaa, jotta asiakaskirjo tulee läpinäkyväksi.

Perusedellytyksenä tiedolla johtamiselle on rekisteritiedon laadukkuus ja tiedon kaksisuuntainen kulku. Saatu tieto on juuri yhtä hyvää kuin huonoin kirjaus. Eri toimijoiden, niin maakuntien, tietojärjestelmätoimittajien kuin rekisterinpitäjienkin, on yhdessä tehostettava kirjaamiskäytäntöjä. On selvää, kun rekisterin tietosisältöjä arvioidaan ensimmäisiä kertoja, paljastuu aineiston todellinen laatu. Lähtötilanteen kuvaus siis tarvitaan. Tulkinnoissa on oltava varovainen, koska maakunnat ovat erilaisia. Maakunnissa palvelujen järjestä- mistapa riippuu mm. etäisyyksistä, palveluverkosta ja henkilöstöresursseista sekä niiden käytöstä.

Kirjaamisella on vaikutusta maakuntien saamaan rahoitukseen, jolloin jokaisella terveydenhuollon ammattilaisella on vastuu siitä, että maakunnan arvioinnissa käytettävä tieto on laadukasta.

Tämän julkaisun viite: Ketola E, Wickström S, Huvinen S, Pitkänen V, Seppälä TT. Perusterveydenhuollon asiakkaiden hoitopisodit ja niiden kustannukset tulevien maakuntien alueilla – tuotteistuksen pilotointi. Tutkimuksesta tiiviisti 20, 2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.